

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00102

vom 3. Juni 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-06-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2019.00102

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00102 du 3 juin 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00102 del 3 giugno 2014

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art.

E. 1.2

Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können. Rückfälle und Spätfolgen stellen wie dargelegt besondere revisions rechtliche Tatbestände dar (BGE 127 V 456 E. 4b; BGE 118 V 293 E. 2d). Unter diesen Titeln kann daher nicht eine uneingeschränkte neuerliche Prüfung vorgenommen werden. Vielmehr ist von der rechtskräftigen Beurteilung auszugehen, und die Anerkennung eines Rückfalls oder von Spätfolgen setzt eine nachträgliche Änderung der anspruchrelevanten Verhältnisse voraus (Urteil des Bundesgerichts U

55/07 vom 13. November 2007 E. 4.1). Diesbezüglich ist anzumerken, dass ein ärztlichen Einschätzung, die sich nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern im Vergleich zur früheren Beurteilung eine effektive Veränderung des Gesundheitszustands eingetreten ist, für die Belange der Rentenrevision kein genügender Beweiswert zukommt (Urteile des Bundesgerichts 9C_137/2017 vom 8. November 2017 E. 3.1 und 8C_643/2017 vom 4. Dezember 2017 E. 2.3 sowie BGE 144 V 245).

E. 1.3

Zusammenfassend fällt eine abweichende materielle Beurteilung nach rechtskräftigem Fallabschluss mit Verweigerung einer Invalidenrente – unter Vorbehalt der Rückkommenstitel der prozessualen Revision wegen neuer Tatsachen oder Beweismittel (Art. 53 Abs. 1 ATSG) respektive der Wiedererwägung einer zweifellos unrichtigen Verfügung (Art. 53 Abs. 2 ATSG) – nur in Betracht, wenn entweder ein Rückfall oder eine Spätfolge aufgetreten ist. Wie das Bundesgericht sodann in BGE 140 V 65 erwähnte, finden Art. 88a Abs. 2 und Art. 88 bis

Abs. 1 IVV in der Unfallversicherung keine analoge Anwendung, weshalb eine Rentenerhöhung bei Rückfällen auf den Zeitpunkt des Abschlusses der ärztlichen Heilbehandlung zu erfolgen hat. In BGE 144 V 245 E. 6.4 schlussfolgerte das Bundesgericht, nichts Anderes könne gelten für den Fall, dass beim Rückfall noch gar kein Rentenanspruch bestehe und der Rentenbeginn erstmals festzusetzen sei. 2.

Die Beschwerdegegnerin machte unter Hinweis auf eine analoge Anwendung von Art. 17 Abs. 1 ATSG im Wesentlichen geltend, es könne offenbleiben, ob sich die Fussbeschwerden verschlechtert hätten. Wie die Kreisärztin dargelegt habe, fehle es an einer damit verbundenen Änderung des Zumutbarkeitsprofils. Zudem be trachte selbst der behandelnde Operateur eine leidensangepasste Tätigkeit als ganz tags zumutbar. Der Gutachter Dr. A.____ habe bei seiner abweichenden Beurteilung unfallfremde Leiden mit berücksichtigt . Zudem sei die Einnahme von Analgetika im Rahmen der Schadenminderungspflicht zumutbar (Urk. 2 Ziff. 3.d und 4 ; Urk. 6 Ziff. 4.2). 2.2

Demgegenüber hielt der Beschwerdeführer – eben falls unter Hinweis auf Art. 17

Abs. 1 ATSG – dafür, dass sich nach der letzten Operation eine Pseudarthrose ausgebildet habe . Dr. A.____ habe ihm dementsprechend auf den Zeitpunkt der letzten fehlgeschlagenen Arthrodeese eine volle Arbeitsunfähigkeit als Taxifahrer attestiert. Damit bringe dieser klar zum Ausdruck, dass für die eingeschränkte Restarbeitsfähigkeit

die Fussbeschwerden verantwortlich seien. Das Gutachten wecke sodann Zweifel an der Beurteilung der Kreisärztin, die überdies selbst einräume , dass sich die Arbeitsfähigkeit von 60 % «auch» auf die Fussbeschwerden beziehe (Urk. 1 Ziff. 7). 2.3

Die Parteien sind sich demnach einig, dass Gegenstand des Einspracheentscheids nur der Rentenanspruch ab 1. August 2017 bildet und dieser eine gesundheitliche Verschlechterung im Zusammenhang mit der Operation vom 21. März 2016 voraussetzt. Damit gehen sie implizit davon aus, der Grundfall sei bereits abgeschlossen . Dies ist im Rahmen einer ex-ante Betrachtung unter Berücksichtigung der konkreten Umstände (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 8C_185 / 2008 vom 17. Dezember 2008 E. 4.3) nicht zu beanstanden.

Einerseits blieb die dem angefochtenen

Einspracheentscheid zugrundeliegende Verfügung vom 1. Februar 2019 (Urk. 7/434) insoweit unangefochten, als darin ein Rentenanspruch für die Monate Februar 2015 bis Februar 2016 verneint wurde (vgl. Antrag in Urk. 6/436 in Verbindung mit Urk. 6/427) .

Andererseits hielt das Gericht bereits im Rückweisungsentscheid UV.2015.00160, damit vereinigt UV.2016.00031, vom 30. Juni 2017 fest, dass ein allfälliges noch behandlungsbedürftiges Leiden im Rahmen der Psycho-Praxis keinen Grund für einen Aufschub des Fallabschlusses darstelle (Urk. 7/394/21, E . 4.2). Dementsprechend kam es damals zum Schluss, dass der Fallabschluss per Ende Januar 2015 und das Abstellen aus somatischer Sicht auf eine 100% ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit gemäss dem von Dr. B.____ definiertem Belastungsprofil seien nicht zu beanstanden . Nur weil das Gericht einen adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und einer allfälligen psychischen Beeinträchtigung bejahte, wies es die Sache an die Beschwerdegegnerin zurück, damit diese abkläre, ob relevante psychische Beschwerden bestünden , und gegebenenfalls eine Gesamtwürdigung der Arbeitsfähigkeit aus somatischer und psychischer Sicht veranlasse (vgl. Urk. 7/394/32 , E . 6.4 und 7).

Psychische Beschwerden stehen aufgrund der Begutachtung durch Prof. Dr. Z.____ (Urk. 7/409/11 ff., insbesondere S.

109 und 110) nunmehr

zu Recht nicht mehr zur Diskussion (Urk. 1 Ziff. 5). 3 .

3 .1

Soweit die medizinischen Einschätzungen von behandelnden respektive für eine Zweitmeinung konsultierten Fachärzten bereits

bei Erlass des Rückweisungsentscheidungs UV.2015.00160, damit vereinigt UV.2016.00031, vom 30. Juni 2017

vorlagen, wurden sie dort zusammen gefasst

(Urk. 7 /394/8 ff., E.

3) und gewürdigt (Urk. 7 /394/20 ff., E. 4 und 5) . 3 .2

3.2.1

Im Wesentlichen stellte das Gericht damals fest, der Kreisarzt Dr. med. B.____, Facharzt für Chirurgie, habe in seiner Abschlussuntersuchung vom 6. Februar 2014 als Einschränkungen einen Erguss im Bereich des Sprunggelenks, eine Bewegungseinschränkung und eine Umfangsvermehrung des linken Unterschenkels festgestellt. Aus medizinischer Sicht als sinnvoll erachtet habe er eine Arthrodeese sowie Künzli-Stabilschuhe, wohingegen er sich von der Fortsetzung der Physiotherapie keine Verbesserung der Situation versprochen habe. Er habe dem Beschwerdeführer eine Arbeitsfähigkeit von 50 % in der angestammten und von 100 % in einer körperlichen leichten und überwiegend sitzenden Tätigkeit attestiert. 3.2.2

Weiter erwog das Gericht, damit im Einklang stünden die Beurteilungen des Fusspezialisten Dr. C.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie. Dieser habe im September beziehungsweise Oktober 2013 ebenfalls eine ausgeprägte Schwellung des gesamten Rückfusses mit starker Druckdolenz über dem Sprunggelenk und deutlicher Einschränkung der Beweglichkeit festgestellt. Ebenso habe er eine Arthrodeese vorgeschlagen unter Hinweis darauf, dass die Arbeitsfähigkeit durch medizinische Massnahmen aber nicht zu steigern sei. Die 50% ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit habe Dr. C.____ mit den täglichen Schmerzen im Zusammenhang mit den Schwellungszuständen sowie der klaren Einschränkung beim Gehen/Stehen beziehungsweise beim Ein-/ Ausladen des Gepäcks begründet. Indessen habe auch er eine Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer stark angepassten Tätigkeit, mehrheitlich sitzend mit nur kurzen Wechseln zum Stehen und Gehen als erreichbar erachtet.

Ferner habe im ersten Halbjahr 2014 auch Dr. med. D.____ vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) der IV-Stelle, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, die

Einschätzung von Dr. B.____ als schützenswert beurteilt und nachvollziehbar erläutert, dass die Tätigkeit als Taxifahrer im Vergleich zu anderen sitzenden Tätigkeiten keine Möglichkeit biete, bei Schmerzen oder Verkrampfungen sofort die Körperhaltung zu ändern, und auch die Handhabung von Gepäck beinhalte. 3.2.3

Ferner führte das Gericht aus, im

Januar 2015 habe Dr. med. E.____, Facharzt für Chirurgie, gestützt auf neue Bilddokumente wiederum berichtet, dass operative Massnahmen vom Beschwerdeführer strikte abgelehnt

würden. Nach Aus schöp fung mehrerer konservativer Versuche könne er diesem keine Therapie mehr anbieten und d er Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. C.____

von 50 % als Taxifahrer folgen. Dr. C.____ selbst habe alsdann i m Juli 2015 nochmals erklärt, es bestehe die bekannte ausgeprägte Schwellung, wobei aus den letzten MRI-Bildern ein Kollaps des Talus mit entsprechender Gelenksarthrose ersichtlich sei.

Schliesslich sei d er Einschätzung von Dr. med. F.____ , Oberarzt der Abteilung Fusschirurgie der G.____ , vom August 2015 zu entnehmen, dass ein operatives Vorgehen mit einem erheblichen Aufwand verbunden und damit zu rechnen wäre, dass die Wunde schlecht schliesse und eine fast dreimonatige Teil belastung im Rollstuhl zu diskutieren wäre. Gemäss Bericht von Dr. H.____ , Oberarzt der Abteilung Orthopädie Untere Extremitäten der G.____ , vo m September 2015 habe der Beschwerdeführer dieses Risiko zunächst nicht eingeh en

wollen . Erst im November 2015 – offensichtlich im Zusammenhang mit dem dama ligen Einspracheverfahren – habe Dr. H.____ mitgeteilt, dass der Beschwer deführer nun doch eine Operation wünsche (Urk. 7 /394/21-23, E. 4.3) . 3 . 3

3.3.1

Das Gericht kam im erwähnten Rückweisungsentscheid zum Schluss, der Be schwerdeführer sei im Rahmen der unfallka usalen somatischen Beschwerden seit mindestens Januar 2015 in einer angepassten Tätigkeit gemäss Belastungsprofil von Dr. B.____ zu 100 % arbeitsfähig. Diese Auffassung werde sowohl von Dr. C.____ als auch von Dr. D.____ und Dr. E.____ geteilt, obschon ihre Beurteilung en mehrere Monate bis Jahre auseinanderliegen und sich jeweils auf aktuelle Bilddokumente stützen würden. Obschon zudem alle Ärzte die Schwel lungszustände dokumentiert und bei der angestammten Tätigkeit mit einer Re duk tion des Arbeitspensums

berücksichtigt hätten, würden sie daraus für eine adaptierte Tätigkeit weder ein zeitlich reduziertes Arbeitspensum noch eine ver minderte Leistungsfähigkeit im Rahmen der Präsenzzeit ableiten. Die diesbezüg lichen Ausführungen zum Gepäck und zur Zwangshaltung, vorab v on Dr. D.____ , seien einleuchtend (Urk. 7 /394/23 f., E. 5.1 und 5.2) . 3.3.2 Nicht zuletzt trage das in den Akten definierte Belastungsprofil

genau den Ein schränkungen Rechnung, die der Beschwerdeführer selbst wiederholt geltend gemacht habe. So habe er gegenüber dem Suva-Mitarbeiter erklärt, er könne bei der Taxizentrale nicht bezüglich des Gepäcks zurückfragen . Später

habe er diesem erläutert , sobald er mehr als ein bis zwei Stunden gehen müsse, habe er starke Schmerzen und einen geschwollenen Fuss ; a usserdem habe er nach längerem Sitzen vor allem Schmerze n im Knie und könne den Kunden auch nicht mit den Gepäckstücken helfen. Gegenüber dem ersten Kreisarzt habe er

Probleme auf unebenem Boden, beim Treppensteigen und in sitzender Position im Auto bei angezogenem linkem Bein angegeben . Später

habe er diesem gegenüber erklärt, er h abe beim Bewegen, insbesondere beim Beugen und Strecken, Schmerzen im Sprunggelenk und nach Belastung zeige sich eine Schwellung. Ebenso habe er gegenüber Dr. C.____ belastungsabhängige Schmerzen geltend gemacht.

Bei Dr. B.____

habe er ebenfalls von «brutalem» Treppensteigen gesprochen und da drauf hingewiesen, dass der Fuss anschwellen, sobald er etwas mache ; er hebe/trage nur noch selten Gepäck.

Es leuchte deshalb selbst aufgrund der eigenen Leidensdarstellung des Beschwerdeführers ein, dass seine Arbeitsfähigkeit uneingeschränkt sei, wenn er keine schweren Lasten heben oder tragen, nicht lange gehen oder stehen und mit den unteren Extremitäten keine Zwangshaltung einnehmen müsse. Bei geringerer Belastung würden sich die Schwellungszustände vermindern. Dies führe zu weniger Schmerzen und lasse diese als überwindbar erscheinen. So gebe der Beschwerdeführer selbst an, sein 50%-Arbeitspensum als Taxifahrer entspreche 5 bis 6 Arbeitsstunden pro Tag, was umgerechnet auf die übliche Wochenarbeitszeit von knapp 42 Stunden schon ein Pensum von 60 % ergebe. 3.3.3

Es komme hinzu, dass Anzeichen für Aggravationstendenzen bestünden. So habe der erste Kreisarzt auf die betonte, demonstrative Darstellung der Beschwerden und groteske Verrenkungen hingewiesen. Die innere Einstellung des Beschwerdeführers widerspiegeln sich zudem in der laufend wiederholten Aussage, er werde höchstens noch 50 % arbeiten können, und zwar jeweils schon Wochen im Voraus, bevor er ein höheres Arbeitspensum hätte umsetzen müssen oder ein Eingriff durchgeführt worden sei (Urk. 7 /394/25 f., E. 5.3). 4 . 4 . 1

4.1.1

Im neuen Bericht vom 21. Januar 2016 hielt Dr. F.____

fest, dass sich das rechte Kniegelenk mittlerweile etwas verbessert habe. Bezüglich des Sprunggelenks bestehe nun bei unverändertem Befund und persistierenden beziehungsweise zunehmenden Schmerzen sowie einer Belastungsintoleranz der Wunsch nach einer operativen Versorgung. Betonen müsse man dabei

das erhöhte Risiko für eine Pseudarthrose und eine Wundheilstörung (Urk. 7 /326). 4.1.2

Hierauf wurden im Februar 2016 neue Bilddokumente erstellt (Urk. 7 /332-333) , aus welchen Dr. C.____

am

8. März 2016 schlussfolgerte , es handle sich um eine schmerzhafte isolierte Arthrose im oberen Sprunggelenk mit Defektbildung im lateralen Talusbereich im Sinne einer wahrscheinlichen Nekrose (Urk. 7 /331). Infolgedessen führte er am 21. März 2016 eine Schrauben- Arthrodesen mit Fresh

Frohen-Femurkopf-Allograft durch (Urk. 7 /337 /1). 4 . 2 4.2.1

Beim Austritt aus dem Spital zeigte sich der Beschwerdeführer unter suffizienter Analgesie stets schmerz kompensiert (Urk. 7 / 337/4). Zur Kontrolle acht Wochen postoperativ notierte Dr. C.____ einen guten Verlauf mit wenig Beschwerden, jedoch persistierender Schwellung (Urk. 7 /346). 4.2.2

Weiterhin als gut beurteilte Dr. C.____ den Verlauf im Bericht vom 8.

Juni 2016. Die Beschwerden seien regredient , der Beschwerdeführer gebe aber noch belastungsabhängig Restbeschwerden an. Aus radiologischer Sicht (vgl. Urk. 7 /348) bestünden erfreuliche Konsolidationszeichen mit stabilen Verhältnissen des Osteosynthesematerials . Der Beschwerdeführer könne die Belastung nach Massgabe der

Beschwerden z unehmend steigern

(Urk. 7 /347). 4.2.3

Im Bericht vom 7. Juli 2016 zuhanden der Invalidenversicherung beurteilte Dr. C.____ eine rein sitzende Tätigkeit mit ganz kurzen Wechseln zum Stehen und Gehen ab sofort als ganztags zumutbar, eine wechselbelastende an 4 Stunden pro Tag. Die Tätigkeit als Taxifahrer könne der Beschwerdeführer wegen der stark eingeschränkten Gehfähigkeit momentan noch nicht ausüben. Längerfristig sollte diesbezüglich jedoch eine Arbeitsfähigkeit von 50 % gut wieder möglich sein (Urk. 7/410/280 f.). 4 .3 4.3.1

Als die Restbeschwerde n

n icht besserten, veranlasste Dr. C.____ eine bildge bende Abklärung (Urk. 7 /354). Das Spect -CT vom 2 2. August 2016 zeigte eine aktivierte Pseudarthrose mit gelockerter Arthrodeseschraube sowie Zeichen einer Sinterung im posterioren Anteil der Talusrolle (Urk. 7 /359). Dr. C.____ notier t e dazu , klinisch und radiologisch sei keine zunehmende Konsolidation ersichtlich. Entsprechend muss t e n eine verzögerte Knochenheilung und Tendenz zur Pseudarth rosebildung postuliert werden. Er habe dem Beschwerdeführer die Mög lichkeiten Abwarten oder Rearthrodese erläutert. Dieser wolle zuwarten, da er gegenüber präoperativ doch eine Schmerzverbesserung von knapp 30 % verspüre (Urk. 7 /370) . 4.3.2

Am 3 1. Oktober 2016 konstatierte Dr. C.____ a nhand eines neuen Bild doku ments , dass im Vergleich zur Voruntersuchung eine Platte gebrochen zu sein scheine mit einer leichten Z unahme der Lockerung von einigen Schrauben. Die Stellung des oberen Sprunggelenks sei unverändert gut , ohne sichere Konsolida tionszeichen . Es handle sich um eine symptomatische Pseudarthrose ohne Besse rung gegenüber der letzten Kontrolle. Der Beschwerdeführer könne sich nicht für ein aktives Vorgehen entscheid en . Bis zur Kontrolle im Januar 2017 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %

(Urk. 7 /370). 4.3.3

Auf Nachfrage der Beschwerdegegnerin

räumte Dr. C.____

im Schreiben vom 2 2. November 2016

ein , dass eine angepasste Tätigkeit z umutbar sei, wobei das Heben von Lasten bis 10 kg jeweils nur für wenige Sekunden zumutbar sei. Es sei nicht zu vergessen, dass der Beschwerdeführer nicht geheilt sei respektive a n einer symptomatischen Pseudarthrose leide. Entsprechend benütze er reg elmässig einen Gehst ock. Mit einer sitzen den Tätigkeit mit sehr kurzer Gehleistung von wenigen Metern sei er (Dr. C.____) ganztags einverstanden, sofern der Be schwerdeführer nicht täglich Analgetika einnehmen müsse (Urk. 7 /374). 4 .4 4.4.1

Am 9. Januar 2017 berichtete Dr. C.____ , der Beschwerdeführer beklage sub jektiv eine Beschwerdezunahme in den kalten Wintermonaten. Die Befunde seien unverändert mit Persistenz der Schwellung und klarer Druckdolenz rund um das obere Sprunggelenk bei ansonsten unverändert guter Stellung sowie intakter peri pherer Durchblutung, Motorik und Sensorik (DMS) . Der Beschwerdeführer se i nun mit einer Rearthrodese einverstanden (Urk. 7 /376). 4.4.2

Die Vorabklärung tätige

Dr. med. I.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie. Im Bericht vom 26. Januar 2017 konstatierte er eine schwierige Situation

nach mindestens zweimaligem Arthrodesen-Versuch, der letzte am 21. März 2016 mit einer Pseudarthrose. Eine Fraktur des Sprunggelenks, eine zusätzliche Arthrose im unteren Sprunggelenk oder eine Talonavikulararthrose bestünden gemäss SPECT-CT vom August 2016 nicht. Die Doppleruntersuchung zeige sodann eine einwandfreie Blutversorgung von Tibialis

posterior und dorsali

pedis Arterie. Er empfehle einen neuen Arthrodesenversuch (Urk. 7/379). 4.4.3

Wie dem Bericht von Dr. C.____ vom 10. April 2017 zu entnehmen ist, konnte sich der Beschwerdeführer nicht für einen Eingriff am Rückfuss links entscheiden. Im Übrigen stellte Dr. C.____

erneut eine unveränderte Situation ohne Besorgung mit etwa gleich gebliebener chronischer Schwellung des gesamten Rückfusses bei unverändert guten Weichteilen ohne neue Hyperkeratosen und unveränderten Druckdolenzen vor allem hufeisenförmig um das obere Sprunggelenk fest. Die Stabilität sei weiterhin gut bei unveränderter Rückfussstellung und intakter DMS (Urk. 7/384). 4.4.4

Im Bericht vom 2. Februar 2017 zuhanden der Invalidenversicherung hatte Dr. C.____

kurz zuvor nochmals festgehalten, dass der Beschwerdeführer die Tätigkeit als Taxifahrer rein theoretisch zu 100% ausführen könnte, jedoch beim Helfen mit dem Gepäck stark eingeschränkt sei und keine Gehstrecken von über 50 m ohne Schmerzen bewältigen könne. Eine ideal angepasste Tätigkeit hätte entsprechend mehrheitlich sitzend mit nur kurzen Wechseln zum Stehen und Gehen ohne Tragen von grösseren Lasten zu sein. Möglicherweise bestehe eine leichte Minderung der Leistungsfähigkeit durch die chronischen Schmerzen und den regelmässigen Bedarf von Analgetika (Urk. 7/410/221).

Nach der Belastbarkeit im Rahmen der Wiedereingliederung gefragt, gab er an, in mehrheitlich sitzenden Tätigkeiten könne der Beschwerdeführer an 4 Stunden pro Tag eingesetzt werden (Urk. 7/410/222). 4.5.4.5.1

Im bidisziplinären

Gutachten von Prof. Dr. Z.____ und Dr. A.____ vom 7. Juli 2017 wurde vorab

eine Bewegungs- und Belastungseinschränkung bei radiologisch knöchern nicht durchbauter linksseitiger Arthrodesen des oberen Sprunggelenks nach einer im Jahr 2011 erlittenen Talusluxationsfraktur Typ Hawkins III mit sekundärer Talusnekrose mit im Seitenvergleich deutlicher ödematöser Umfangsmehrung von 7 cm, Verkürzung des linken Beines postoperativ um 2,5 cm und osteopore Mineralsalzstruktur (ICD-10 T81.4)

diagnostiziert. Als weitere Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine rechtsseitig beginnende lateral betonte Gonarthrose (ICD-10 M17.1), ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom ohne Bewegungseinschränkung oder sensorisch-sensible Radikulopathie (ICD-10 M54.1) und ein chronisches zervikozephalisches Schmerzsyndrom ohne Radikulopathie (ICD-10 M35.0) genannt, jeweils unter Angabe der festgestellten degenerativen Veränderungen (Urk. 7/409/6). 4.5.2

Dazu erläuterten die Gutachter, aus orthopädischer Sicht sei der Beschwerdeführer in der biomechanischen Funktion seiner Hals- und Lendenwirbelsäule sowie seines rechten Knie- und linken Sprunggelenks limitiert mit einer hieraus unweigerlich erwachsenden Einschränkung der Geh- und Stehfähigkeit. Im Rahmen des negativen Leistungsbildes definierten sie folgende Einschränkungen: - Schwerst- und Schwerarbeiten sowie ständige mittelschwere Arbeiten - Arbeiten mit Heben und Tragen von Lasten körperfern von über 5 kg respektive körpernah von über 8 kg (soweit keine technischen Hilfsmittel) - Arbeiten mit repetitiven stereotypen Bewegungsabläufen - Arbeiten mit längerwährender Einnahme nur einer Körperposition und mehr als gelegentliche Arbeiten in Zwangshaltungen - Tätigkeiten mit repetitivem Bücken/Kauern/Hocken, Tätigkeiten mit vermehrter Vibrationsbelastung und kniende Tätigkeiten - Arbeiten mit Gehen auf unebenem Gelände, mit regelmässigen Gehstrecken von über 50 m, mit Besteigen von Leitern/Gerüsten/schrägen Ebenen und mit mehr als gelegentlichen Treppensteigen - Tätigkeiten im Freien ohne Schutz vor Kälte/Zugluft/Nässe und solche auf regen-/eisglattem Untergrund und - Einschränkungen explizit im Zusammenhang mit der Hyperlordosierung der Hals- und Lendenwirbelsäule

Unter Wahrung dieser qualitativen Schonkriterien bestehe für eine knie-, sprunggelenks- und rückenadaptierte Tätigkeit mit überwiegend sitzender Körperposition bezogen auf ein volles Pensum eine quantitativ verbliebene Arbeitsfähigkeit von 60%. Die Einschränkung von 40% ergebe sich aufgrund der reduzierten Belastbarkeit und Durchhaltefähigkeit mit vermehrten Pausen und reduzierter Arbeitsschnelligkeit. Man gehe

also mit der Einschätzung von Dr. C.____ einig, der anlässlich der Kontrolle vom 25.

Januar 2017 angegeben habe, für eine mehrheitlich sitzende Tätigkeit könne der Beschwerdeführer gar vier Stunden pro Tag eingesetzt werden. Im Übrigen habe der Beschwerdeführer zuletzt als Taxifahrer gearbeitet. Diese überwiegend sitzende Tätigkeit mit regelmässiger Be- und Entladetätigkeit sei nicht adaptiert, weshalb der Beschwerdeführer diesbezüglich seit der Arthrodeese vom 21. März

2016 durchgehend arbeitsunfähig sei (Urk. 7/409/8 f.). 4.5.3

Am

24. August 2017

ergänzte

Dr. A.____, die Einschränkung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers sei massgeblich in der posttraumatischen Arthrose des oberen Sprunggelenks links mit sekundärer Talusnekrose begründet. Der nekrotische Untergang des linken Talus mit Kollaps und mehrfacher Fragmentierung sei im MRI vom 26. Januar 2015 dokumentiert und von Dr. C.____ am 19. Mai 2015 klinisch bestätigt worden. Eine massgebliche Verschlechterung der Fussbeschwerden mit einhergehender Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei somit seit dem 26. Januar 2015 gegeben. Somit habe die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers vom 31. Mai 2014 bis zum MRI vom 26. Januar 2015 in der angestammten Tätigkeit 50% und in einer adaptierten Tätigkeit 100%

betragen. Ab dem 27. Januar 2015 bis zur Operation vom 21. März 2016 sei dieser in der angestammten Tätigkeit nicht und in einer adaptierten Tätigkeit noch zu 60% arbeitsfähig gewesen. Während der postoperativen Rekonvaleszenz vom 21. März bis 30. September 2016 sei der Beschwerdeführer voll arbeitsunfähig gewesen. Seit 1. Oktober 2016 bestehe

aufgrund des fehlgeschlagenen Arthrodesen-Versuchs weiterhin eine volle Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit. In einer adaptierten Tätigkeit bestehe wieder eine Arbeitsfähigkeit von 60 % (Urk. 7/410/15 f.). 4.6 4.6.1

In ihrer Aktenbeurteilung vom 7. Februar 2018

kam die Kreisärztin Dr. med. J.____, Fachärztin für Chirurgie, zum Schluss, dass in der Begutachtung vom Juni 2017 die gleichen klinischen Befunde wie in der kreisärztlichen Untersuchung vom Februar 2014 erhoben worden seien: hinkender Gang und Gehstock links, keine Abrollphase des linken Fusses, Sprunggelenk und Unterschenkel links jeweils umfangvermehrt, jedoch kein wegdrückbares Odem, Zehenstand nur rechts möglich, Fersenstand beidseits nicht möglich sowie Hautfarbe und –temperatur seitengleich unauffällig. Lediglich das Bewegungsausmass (Plantar flexion, Pro- / Supination) sei nach der Arthrodesen geringer. Bezüglich des kleinen Umfangs des oberen Sprunggelenks seien von Dr. B.____ links +

3 cm dokumentiert worden, von Dr. A.____ + 2 cm. Bezüglich des Knöchelbereichs seien es 3,5 cm beziehungsweise 6 cm. Somit sei bis auf die aufgehobene Beweglichkeit im oberen Sprunggelenk trotz der mittlerweile erfolgten Arthrodesen und im Verlauf Entwicklung einer Pseudarthrose klinisch objektiv keine Veränderung aufzuzeigen (Urk. 7/420/4 f.). 4.6.2

Dr. B.____ habe eine Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer körperlich leichten, vorwiegend sitzenden Tätigkeit, ohne Heben und Tragen von Lasten, ohne längeres Stehen und Gehen, ohne häufiges Treppensteigen, ohne Besteigen von Leitern und Gerüsten und ohne Zwangshaltungen wie kniende Position oder im Hocksitz postuliert.

Im Vergleich dazu sei das gutachterliche

Zumutbarkeitsprofil wesentlich einschränkender.

Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 40 % ergebe sich indes nicht allein aus der Einschränkung

des oberen Sprunggelenks, sondern bestehe auch wegen der Beschwerden beziehungsweise degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule und des Kniegelenks. Das negative Leistungsbild betreffe ebenfalls nicht ausschliesslich die Einschränkung des Sprunggelenks. Als nicht möglich angegeben würden repetitive stereotype Bewegungsabläufe, Tätigkeiten mit repetitivem Bücken, Tätigkeiten mit Pressen/Stemmen, die zu einer intra spinalen Druckerhöhung führten, mehr als gelegentliches Heben von Lasten über der Horizontalen, mehr als gelegentliche Überkopfarbeiten, vermehrte Umwendbewegungen der Halswirbelsäule, Tätigkeiten im Freien ohne Schutz vor Kälte, Zugluft, Nässe und Tätigkeiten auf regen- und eisglattem Untergrund. Diese Punkte würden nicht für das Sprunggelenk zutreffen, sondern seien vor allem bezüglich der Wirbelsäule postuliert worden. Die Veränderungen an der Wirbelsäule seien indes nicht unfallkausal, sondern krankhafter beziehungsweise degenerativer Natur. Die verbleibenden Punkte würden den Einschränkungen entsprechen, die Dr. B.____ in seinem Zumutbarkeitsprofil beschrieben habe. Dieses habe daher weiterhin volle Gültigkeit (Urk. 7/420/5 f.). 4.6.3

An dieser Einschätzung hielt Dr. J.____ in ihrer Stellungnahme vom 21. Januar 2019 zur Einsprache

fest. Es sei normal, dass durch die Arthrodesen die Plantar flexion /Dorsalextension links aufgehoben sei. Objektiv habe sich am Gangbild respektive der Stabilität indes nichts

geändert (Urk. 7/433/2). 4 .7

Gemäss dem Bericht der K.____ vom 7. Januar 2019 stellte sich der Beschwerdeführer inzwischen in der Fuss-Sprechstunde zur Beurteilung der Operationsindikation am linken oberen Sprunggelenk vor. Er klagte

über vor allem belastungsabhängige Schmerzen sowie Schmerzen beim Stehen ab einer Stunde und eine ausgeprägte Schwellungsneigung. Zudem gab er an, ca. 40 bis 50 % als Taxifahrer zu arbeiten ; die Arbeitsunfähigkeit werde vom Hausarzt aus gestellt. Als klinischer Befund wurde eine ausgesprochene Schwellung im Bereich des linken oberen Sprunggelenks erhoben . Zu den Bilddokumenten vom Dezem ber 2018 wurde festgehalten, es zeige sich eine Pseudarthrose mit nur partiell durchbauter

Arthrorese

und einem Bruch der Drittelrohrplatte lateral . Man empfehle eine

Revisionsoperation

(Urk. 7/437) . 5 . 5 .1

Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen .

Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Entscheid vollumfänglich auf die vorstehend dar gelegte kreisärztliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. J.____ respektive Dr. B.____ (vgl. E. 2.1) , während sich der Beschwerdeführer auf die gutachterliche Einschätzung

von Dr. A.____ berief (vgl. E. 2.2) . 5.2

5.2.1

Nach BGE 125 V 351 E. 3 ist bei der Beweiswürdigung mit Blick auf den Beweiswert eines Arztberichtes entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweis; Urteil e

des Bundesgerichts 8C_37/2015 vom 7. Dezember 2015 E. 5.1

und 8C_780/2016 vom 24. März 2017 E. 6.1). 5.2.2

Den Berichten und Gutachten von beratenden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_608/2015 vom 17. Dezember 2015 E. 3.3.3 mit Hinweis) respektive versicherungsinternen Ärzten wird nach der Rechtsprechung Beweiswert zugemessen, so fern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ ee mit Hinweis). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen

zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts 8C_348/2016 vom 9. Dezember 2016 E. 2.4; zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 8C_281/2018 vom 25. Juni 2018 E. 3.2.2). 5.3.5.3.1

Zunächst ist festzuhalten, dass es sich bei Dr. J.____s Stellungnahme mit Verweis auf Dr. B.____s Einschätzung der Arbeitsfähigkeit um eine reine Aktenbeurteilung handelt.

Eine solche kann

nach der Rechtsprechung beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteile des Bundesgerichts 8C_674/2015 vom 2. Februar 2016 E. 2.2.1 mit Hinweisen und 8C_780/2016 vom 24. März 2017 E. 6.1). 5.3.2

Diese Voraussetzungen sind vorliegend erfüllt. Die objektiven Befunde wurden im Rahmen zahlreicher klinischer und bildgebender Untersuchungen aktenkundig dokumentiert.

Klinisch fand sich gemäss den vor und nach der Operation vom März 2016 verfassten Berichten bezüglich des oberen Sprunggelenks links jeweils eine erhebliche Schwellung mit massgeblicher Druckdolenz

und (nach der erwähnten Operation verstärkter) Bewegungseinschränkung bei ansonsten regelrecht Stellung respektive stabilen Verhältnissen (insbesondere E. 3.2, 4.1.1, 4.4.1, 4.4.3, 4.6.1 und 4.7). Bildgebend wurde im Januar 2015 eine schwergradige, stark aktivierte, medial betonte Arthrose festgestellt. Die Sprunggelenkrolle zeigte im mittleren und lateralen Anteil eine Fragmentierung und Infraktion (unvollständiger Bruch), vereinbar mit einer Osteonekrose. Angrenzend an Schien- und Wadenbeinknöchel wie auch ventral des oberen Sprunggelenks fanden sich mehrere kleine Knochenstücke (Urk. 7/298). Infolgedessen wurde im März 2016 die von Dr. B.____

bereits im Februar 2014 favorisierte (vgl. E.

3.2.1)

Arthrodeese durchgeführt (Urk. 7/337). In den Bilddokumenten vom Dezember 2018 (Urk. 7/437/2) zeigte sich – wie schon

im Herbst 2016 (Urk. 7/359 und 7/370/2) – eine aktivierte Pseudarthrose mit nur partiell durchbauter

Arthrodeese und einem Plattenbruch.

Eine Fraktur des Sprungbeins, eine zusätzliche Arthrose im unteren Sprunggelenk und eine Talonavikulararthrose

wurden nicht festgestellt. Da die Befunde und Diagnosen übereinstimmen, bedurfte es zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit keiner eigenen Untersuchung durch die Kreisärztin. 5.3.3

Ergänzend zum vorstehend Ausgeführten ist hervorzuheben, dass Dr. A.____

ausdrücklich das Fussleiden als für seine Beurteilung der Leistungsfähigkeit massgeblich bezeichnete. Damit steht fest, dass die diskrepanten Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten zwischen Dr. J.____ und Dr. A.____

ihren Ursprung weder in abweichenden Befunden noch in massgeblichen diagnostischen Differenzen bezüglich des Sprunggelenks

oder in den unfallfremden Leiden des Beschwerdeführers haben. 5.4

Es stellt sich das gängige Problem, dass zwischen ärztlicher Diagnose und attestierter Arbeitsunfähigkeit letztlich auch bei somatisch dominierten Leiden keine Korrelation besteht, weshalb die medizinische Folgenabschätzung notwendigerweise eine hohe Variabilität aufweist und unausweichlich Ermessenszüge trägt (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.1).

Es ist ferner daran zu erinnern, dass nicht jede gesundheitliche Veränderung eine allseitige Neuprüfung des Rentenanspruchs erlaubt, sondern eine nachträgliche Änderung der anspruchrelevanten Verhältnisse vorausgesetzt wird (vgl. E. 1.2). Es ist daher zu beachten, dass für die Bestimmung des Rentenanspruchs unabhängig von der Diagnose und unbeschrieben der Ätiologie massgebend ist, ob und in welchem Ausmass eine Beeinträchtigung der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit vorliegt (Urteil des Bundesgerichts 8C_874/2017 vom 23. Mai 2018 E. 5.2.2) . 5.5 5.5.1

Es ist nicht von der Hand zu weisen, dass sich die Bildbefunde mit Entwicklung einer Osteonekrose, Durchführung einer Arthrodeese und Ausbildung einer Pseudarthrose

im Laufe der Zeit ändern. Die Kreisärztin legte anhand der klinischen Befunde und des im Gutachten definierten negativen Leistungsprofils indessen detailliert dar, weshalb sich mit Bezug auf das Fussleiden an der Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten seit der letzten kreisärztlichen Beurteilung durch Dr. B.____

vom Februar 2014 nichts geändert hat (vgl. E. 4.6.1) . 5.5.2

Ihre Einschätzung überzeugt umso mehr, als auch der behandelnde Dr. C.____

dem Beschwerdeführer in seinen Berichten vom 7. Juli 2016 (vgl. E. 4.2.3), vom 22. November 2016 (vgl. E. 4.3.3) und 2. Februar 2017

(vgl. E. 4.4.4) jeweils eine volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit attestierte. Als solche bezeichnete er sitzende Tätigkeiten mit nur kurzen Wechseln zum Stehen und Gehen und ohne Tragen von grösseren Lasten. Lediglich für wechselbelastende Tätigkeiten postulierte er ein zeitlich beschränktes Arbeitspensum von vier Stunden pro Tag. In diesem Sinne ist auch seine Antwort auf die Frage nach der Belastbarkeit im Rahmen der Wiedereingliederung zu verstehen. Der Gutachter setzte sich mit diesen differenzierten Angaben des Behandlers

nur ungenügend auseinander (vgl. E. 4.5.2) und nahm ferner Bezug auf eine Kontrolluntersuchung vom 25. Januar 2017, welche soweit ersichtlich nicht bei Dr. C.____, sondern bei Dr. I.____ stattfand (Urk. 7/379) . 5.5.3

Zu betonen ist ferner, dass der Beschwerdeführer nach der Operation vom März 2016 wenig Beschwerden hatte (vgl. E. 4.2.1) und trotz unsicherer Konsolidation der Arthrodeese im August 2016 eine Verbesserung der Schmerzen um 30% angab (vgl. E. 4.3.1). Gemäss dem jüngsten Bericht vom 7. Januar 2019

klagt er wie bereits vor der Operation vom März 2016 über belastungsabhängige Schmerzen sowie Schmerzen beim Stehen ab einer Stunde und eine ausgeprägte Schwellungsneigung. Darüber hinaus arbeitet er offenbar wieder – wie von Dr. C.____

einst prognostiziert (vgl. E. 4.2.3) – zu 40 bis 50 % als Taxifahrer, also fast im gleichen Ausmass wie vor der letzten bekannten Operation (vgl. E. 4.7) . Eine nennenswerte Befundverbesserung zwischen

August 2016 und Dezember 2018 wird dabei weder von den Ärzten noch vom Beschwerdeführer thematisiert. 5.5.4

Dr. A.____

erörtere seinerseits nicht , ob beziehungsweise inwiefern die veränderten Bildbefunde die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers beeinflussten . Eine Änderung der anspruchrelevanten Verhältnisse ist damit im Gutachten nicht rechtsgenügend

dargetragen.

Dies gilt übrigens nicht nur für das Fuss- , sondern eben falls für das Knie leiden (vgl. Urk. 7/409/175 f.) . So ist nicht ohne weiteres ersichtlich , inwiefern das MRI des rechten Knies vom 26. Januar

2015 (Urk. 7/266/2), welches dem gutachterlich erwähnten Bericht vom 23. Juni 2015 (Urk. 7/277) zugrunde lag,

eine anspruchrelevante Veränderung gegenüber der Voruntersuchung vom 2. September 2013 (Urk. 7/137) aufzeigt .

Des Weiteren erscheint die von Dr. A.____

postulierte volle Arbeitsunfähigkeit als Taxifahrer mit Blick auf die tatsächliche Wiederaufnahme dieser Tätigkeit im Umfang von bis zu 50 % eher fragwürdig. In diesem Kontext wird auch explizit an die Erwägungen im Rückweisungsentscheid zu m

nachvollziehbar unterschiedlichen Grad der Arbeitsunfähigkeit in der Tätigkeit als Taxifahrer und einer angepassten sitzenden Tätigkeit erinnert (vgl. E. 3.3.1) . 6.

Zusammenfassend ist somit der Kreisärztin Dr. J.____

beizupflichten, die im Einklang mit der Beurteilung von Dr. C.____ und der Leidensdarstellung des Beschwerdeführers nachvollziehbar von weitestgehend unveränderten Auswirkungen des Fussleidens auf die Arbeitsfähigkeit ausging. Auch eine Steigerung derselben ist erwartungsgemäss (vgl. E. 3.2) nicht eingetreten.

Dr. A.____s medizinische Schlussfolgerungen erscheinen in verschiedener Hinsicht nicht schlüssig und vermögen deshalb keine

Zweifel an der versicherungsinternen Beurteilung zu wecken. Ist

folglich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass es sich bei der gutachterlichen Arbeitsfähigkeitseinschätzung bloss um eine abweichende Beurteilung von im Wesentlichen unveränderten körperlichen Einschränkungen handelt , so besteht keine Grundlage für eine allseitige Neuprüfung des Rentenanspruchs bei Abschluss der letzten

Heilbehandlung. Die Beschwerde ist deshalb abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Daniel Christe - Suva - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Fehr Bonetti

E. 3

wurden zudem Veränderungen im rechten Knie des Versicherten festgestellt (MRI, Urk. 7/137).

E. 7

(/416), die orthopädische vom 7. Februar 2018 (Urk. 7/420).

Mit Verfügung vom 5. März 2018 verneinte die Suva einen Rentenanspruch des Versicherten sowohl für die Monate Februar 2015 bis Februar 2016

wie auch für die Zeit nach Abschluss des Rückfalls (Urk. 7/421). Dagegen erhob dieser Einsprache und beantragte neben der Zusprechung einer Invalidenrente ab Einstellung der Taggelderleistungen per Juli 2017 auch eine Überprüfung der Integritätsentschädigung (Urk. 7/427). Gestützt auf eine weitere kreisärztliche Stellungnahme (Urk. 7/433) zog die Suva ihren Entscheid in Wiedererwägung : Mit Verfügung vom 1. Februar 2019 verneinte sie wie zuvor einen Rentenanspruch des Versicherten für die Zeit vor und nach Abschluss des Rückfalls und neu zusätzlich einen Anspruch auf eine höhere Integritätsentschädigung (Urk. 7/434). Die vom Versicherten dagegen erhobene Einsprache vom 6. März 2019 (Urk. 7/436) wies die Suva mit Entscheid vom 13. März 2019 ab (Urk. 2). 2.

Gegen den Einspracheentscheid erhob der Versicherte mit Eingabe vom 25. April 2019 Beschwerde (Urk. 1). Darin beantragte er, ihm rückwirkend ab 1. August 2017 eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 44 % zuzusprechen. Eventualiter sei die Sache zur Neuberechnung des Invaliditätsgrades an die Suva zurückzuweisen; alles unter Entschädigungsfolgen zulasten der Suva (Urk. 1 S. 2). Diese schloss in der Beschwerdeantwort vom 4. Juni 2019 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Mit Verfügung vom 5. Juni 2019 ordnete das Gericht einen zweiten Schriftenwechsel an (Urk. 8). In der Replik vom 9. September 2019 hielt der Versicherte an seinen Anträgen fest (Urk. 11). Die Suva liess die Frist zur Erstattung einer Duplik unbenutzt verstreichen . Davon wurde dem Versicherten mit Verfügung vom 22. Oktober 2019 Kenntnis gegeben (Urk. 14). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 11

der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) werden die Versicherungsleistungen auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt. Rückfälle und Spätfolgen stellen besondere revisionsrechtliche Tatbestände dar (BGE 118 V 293 E. 2d S. 297). Ändern sich die tatsächlichen Verhältnisse nach einem verfüg ten Fallabschluss, entfällt die Möglichkeit einer Rentenrevision gemäss Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetz es über den Allgemeinen Teil des Sozialversiche rungs rechts (ATSG) , weil sich diese Bestimmung auf die Revision laufender Renten bezieht. Eine Anpassung an geänderte unfallkausale Verhältnisse kann im Bereich der obligatorischen Unfallversicherung aber dadurch bewirkt werden, dass ein Rückfall oder Spätfolgen des seinerzeit rechtskräftig beurteilten Unfallereignisses geltend gemacht werden. Dieses Vorgehen entspricht dem in der Invaliden ver sicherung bestehenden Institut der Neuanschuldung im Sinne von Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV ; Urteil des Bundesgerichts 8C_643/2017 vom 4. Dezember 2017 E. 2.2).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.